

**Deklaracja przystąpienia  
do umowy grupowego ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina**

Numer wniosku

Numer polisy Allianz Rodzina

/

Numer grupy albo nazwa wariantu	Wysokość składki	Kod pośrednika

Osoba przystępująca do ubezpieczenia:

- Pracownik  Współmałżonek Pracownika  Partner Pracownika  Pełnoletnie dziecko Pracownika

Proponowana data przystąpienia (d-m-r)

/   /

Oświadczam, iż byłem/am wcześniej ubezpieczony/a w ramach umowy Allianz Rodzina (grupowej lub indywidualnej kontynuacji).

Polisa nr

/

Data końca ochrony (d-m-r)

/   /

**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO  
(PRACODAWCY)**

Nazwa lub pieczęć Pracodawcy

**DANE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA**

Imię (imiona)

Nazwisko

Płeć

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Obywatelstwo

- kobieta  
 mężczyzna

/   /

Typ dokumentu tożsamości

Seria nr dok. tożsamości

**Adres zamieszkania**

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Pocztą

-

Tel. stacjonarny

Tel. kom.

E-mail

**Dane o zatrudnieniu**

Data zatrudnienia (d-m-r)

/   /

Jeśli osobą przystępującą jest:

- Pracownik – należy wpisać datę zatrudnienia lub jeżeli przebywał/-a Pan/Pani na urlopie wychowawczym, bezpłatnym proszę wpisać datę powrotu do pracy po przerwie w zatrudnieniu,
- Małżonek/Partner/Pełnoletnie dziecko – należy wpisać datę zatrudnienia ubezpieczonego pracownika (czyli współmałżonka/partnera/rodzica/osoby wypielniającej niniejszą deklarację) lub datę zawarcia związku małżeńskiego w przypadku gdy jest ona późniejsza niż data zatrudnienia (jedynie w przypadku przystąpienia współmałżonka).

Opis stanowiska pracy [wypełnić tylko gdy osobą przystępującą jest pracownik Ubezpieczającego (Pracodawcy)]

**Wskazanie Partnera/Współmałżonka osoby przystępującej do ubezpieczenia**

Imię i nazwisko Partnera/Współmałżonka (niepotrzebne skreślić)

Data urodzenia (d-m-r)

/   /

Wskazanie partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu klauzul dodatkowych dotyczących współmałżonka/partnera będą objęte zdarzenia dotyczące wyłącznie partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą. Wskazanie partnera jest możliwe wyłącznie w przypadku umów zawartych na podstawie o.w.u. o indeksie GZ11 oraz tych umów zawartych na podstawie innych ogólnych warunków ubezpieczeń, gdzie strony umowy przewidziały taką możliwość.

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim.

**Deklaracja stanu zdrowia** [Wypełnić tylko w przypadku, gdy Ubezpieczający (Pracodawca) zatrudnia do 20 pracowników].

Oświadczam, że:

- 1. W okresie ostatnich 12 m-cy z przyczyn zdrowotnych nie byłem/am niezdolny/a do pracy na okres dłuższy niż 30 kolejnych dni (z wyjątkiem ciąży/porodu/położu, ostrego zakażenia dróg oddechowych, bólów/chorób kręgosłupa, złamań/skręcenia kończyn/urazów narządu ruchu).
  - 2. Nie mam wskazań lekarskich do okresowej kontroli medycznej po leczeniu poważnego zachorowania ani do leczenia operacyjnego.
  - 3. Nic mi nie wiadomo o przesłankach medycznych wskazujących na możliwość pogorszenia się mojego stanu zdrowia.
  - 4. Nie została u mnie rozpoznana żadna choroba przewlekła.
- Tak, jest to zgodne z moją najlepszą wiedzą.  Nie, nie mogę podpisać takiego oświadczenia.



